

CHARITY CARE POLICY	EXHIBIT C
----------------------------	------------------

SOLICITUD PARA CONDICION FINANCIERA / ASISTENCIA FINANCIERA

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ CÓNYUGE: _____
 DOMICILIO: _____
 NÚMERO DE TELÉFONO: _____ SSN: _____
 NÚMERO DE CUENTA DEL PACIENTE: _____

MIEMBROS DEL HOGAR: Enumere todos los dependientes, que son miembros de su hogar

NOMBRE COMPLETO	EDAD	RELACIÓN
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EMPLEO Y POSICIÓN LABORAL

Empleador: _____ Posición: _____
 Contacto y Número de Teléfono: _____
 Si Trabaja por Cuenta Propia, Nombre del Negocio: _____
 Empleador de Cónyuge: _____ Posición: _____
 Contacto y Número de Teléfono: _____
 Si Trabaja por Cuenta Propia, Nombre del Negocio: _____

INGRESOS FAMILIARES MENSUALES

		Paciente	Cónyuge
	Salario (Antes de Deducciones)		
Sumar	Ingresos de Operar su Negocio (si trabaja por su cuenta)		
Sumar	Otros Ingresos:		
	Dividendos e Interés		
	Ingresos por Alquiler / Bienes Raíces		
	Beneficios de Servicios Sociales / Por Discapacidad		
	Otro Ingresos (Especifique)		
	Manutención Conyugal / Pensión Alimenticia		
Restar	Pagos de manutención conyugal/pensión alimenticia		
Igual a	Ingresos Mensuales		

Total de Ingresos Mensuales (Paciente y Cónyuge) = \$ _____

MIEMBROS FAMILIARES

Total de Miembros Familiares: _____
 (sume paciente, cónyuge y dependientes en la sección previa)

	Sí	No
¿Tiene usted seguro medico?	_____	_____
¿Es usted elegible para algún programa del gobierno?	_____	_____
¿Tiene usted algún otro seguro que le cubra? (ejemplo, póliza de automóvil)	_____	_____
¿Su lesión fue causada por una tercera persona? (accidenté automovilístico)	_____	_____

Al firmar esta solicitud, yo entiendo que el Hospital St. Rose tendrá que verificar me estado de empleo y historial de crédito para el propósito de determinar mi elegibilidad para asistencia financiera. Yo entiendo que tendré que comprobar la información provista en esta solicitud.

 Firma del Paciente ó Garante

 Firma de Cónyuge

 Fecha